

Mercado de Seguros Médicos: Conozca sus derechos

Usted tiene ciertos derechos cuando se inscribe en plan médico del Mercado. Estos derechos son:

- Comprender con facilidad la información sobre qué cubre su plan, qué servicios debe pagar de su bolsillo, qué medicamentos cubre y qué proveedores están en su red debe
- Obtener cobertura para servicios de emergencia
- Solicitar cobertura para un medicamento recetado que normalmente no está cubierto por su plan
- Apelar una decisión del plan de salud de no pagar una reclamación

Dependiendo de dónde viva, su estado puede ofrecer otros derechos y protecciones. Contacte a su Departamento de Seguro local para más información.

Cómo obtener información del plan

Tiene derecho a obtener un “Resumen de Beneficios y Cobertura” (SBC, en inglés) cuando compra o se inscribe en una cobertura. Este resumen esboza lo que su plan cubre y lo que esos servicios le costarían si los pagase de su bolsillo. Las compañías de seguros también deben proporcionar un “Glosario Uniforme” con ciertos términos usados en la cobertura médica y atención médica. Todos los planes deben usar la misma forma estándar para ayudarlo a comparar los planes. El Resumen de Beneficios y Cobertura también incluye ejemplos de cobertura, que le permiten ver cómo la participación de gastos de un plan en particular funciona en una situación médica. El Resumen de Beneficios y Cobertura en la actualidad incluye 2 ejemplos de cobertura:

1. Atención de la diabetes
2. Nacimiento

Encontrará un enlace a cada Resumen de Beneficios y Cobertura del plan cuando esté comparando los planes en el Mercado.



¿Cuándo puedo obtener un “Resumen de Beneficios y Cobertura”?

El Resumen de Beneficios y Cobertura está disponible para cada plan del Mercado. Encontrará un enlace al mismo en cada página del plan cuando se inscriba a través del sitio web.

También puede solicitar un Resumen de Beneficios y Cobertura de su compañía de seguros en cualquier momento. Todos los planes de salud deben proporcionarlo en momentos importantes del proceso de inscripción, como cuando solicita o renueva la póliza. También puede pedir una copia del “Glosario Uniforme” que lo ayude a comprender las palabras comunes utilizadas en la atención médica.

¿Puedo conseguir un “Resumen de Beneficios y Cobertura” en otro idioma?

Si no habla inglés, podrá obtener una copia del Resumen de Beneficios y Cobertura y del “Glosario Uniforme” en su idioma natal. Busque una declaración en el resumen en su idioma natal para ver si está disponible en su idioma. Esta declaración incluirá un número de teléfono al que usted puede llamar para pedir una versión traducida a su compañía de seguros.

El “Glosario Uniforme” está disponible en 4 idiomas: Chino, navajo, español y taglog, en [cms.gov/ cciio/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/index.html#Summary of Benefits and Coverage and Uniform Glossary](https://www.cms.gov/cciio/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/index.html#Summary%20of%20Benefits%20and%20Coverage%20and%20Uniform%20Glossary).

Directorio de proveedores

El directorio de proveedores del plan de salud (también llamado directorio de la red de proveedores) enumera la red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que tiene un contrato con ese plan de salud para brindarle atención médica. Si usa un médico o instalaciones que no están en la red del plan, puede ser que tenga que pagar más por los servicios que obtenga.

Cuando compra un plan de salud, puede querer usar el directorio de la red de proveedores para buscar una red de planes que incluya a su médico actual. También puede usar el directorio de red de proveedores en el sitio web de su plan de salud para encontrar un médico nuevo.

Cada plan del Mercado debe tener un enlace al directorio de red de proveedores en su sitio web y, el directorio debe contar con el listado actual de proveedores de la red para ayudarlo con sus decisiones de inscripción. [Cuidadodesalud.gov](https://www.cuidadodesalud.gov) le proporciona enlaces directos a los directorios de proveedores de cada plan del Mercado, para que pueda decir con facilidad dónde puede conseguir servicios.

Información sobre medicamentos

Cuando compra un plan de salud, también puede querer buscar uno que cubra todo tipo de medicamentos por recetas que esté usando en la actualidad.

[Cuidadodesalud.gov](https://www.cuidadodesalud.gov) proporciona enlaces a las listas de medicamentos cubiertos para todos los planes del Mercado. Su Resumen de Beneficios y Cobertura incluirá un enlace sobre cómo puede obtener más información sobre cobertura de medicamentos recetados.

Cobertura de servicios de emergencia

Cada plan del Mercado, a excepción de los planes dentales, debe cubrir servicios de emergencia de hospital. Usted puede obtener servicios de emergencia:

- Ya sea que vaya a un proveedor de la red o no para los servicios que adquiere
- Sin previa autorización (aún si el servicio es suministrado fuera de la red)

¿Qué sucede si consigo cuidado de emergencia fuera de la red?

Su plan puede cubrir el cuidado de emergencia fuera de la red sin:

- limitar la cobertura de manera que sea más restrictiva que dentro de los límites de la red
- Cobrarle un copago o un coseguro que sea mayor al gasto por atención dentro de la red

Es probable que tenga que pagar otros gastos, como un deducible, si se aplica a sus beneficios fuera de la red.

¿Puede mi plan de salud tener las condiciones de cobertura para cuidado de emergencia?

En general, su plan debe cubrir cuidados de emergencia sin importar ningún otro tipo de término o condición de la cobertura. Si el servicio en particular que obtiene no está cubierto por su plan, debe tener que pagar el gasto total de los servicios si no tiene otra cobertura.

Solicitar la cobertura para un medicamento recetado que normalmente no está cubierto por su plan

Cada plan del Mercado debe tener un proceso de excepciones de medicamentos recetados que le permita solicitar cobertura de un medicamento recetado que no esté cubierto por el plan. Este proceso es diferente a apelar a la denegación de un medicamento que está cubierto. La información que aparece a continuación describe el proceso recomendado, pero los detalles del proceso de su plan pueden ser diferentes. Contacte a su plan para obtener información detallada del proceso de excepciones sobre medicamentos recetados.

¿Cómo solicito una excepción para un medicamento no cubierto recetado por un médico?

Para solicitar un medicamento a través del proceso de excepciones, su médico deberá en general enviar una solicitud a su plan (en forma verbal y por escrito) expresando que el medicamento no cubierto es clínicamente apropiado para su condición médica.

¿Puedo conseguir el medicamento no cubierto durante el proceso de excepciones?

Mientras que esté en el proceso de excepciones, su plan puede darle acceso a medicamentos solicitados hasta que se tome una decisión, pero no tiene la obligación de hacerlo.

¿Qué sucede si consigo la excepción?

Si obtiene la excepción, en general puede obtener el medicamento no cubierto por cierto período de tiempo. Su plan de salud tratará al medicamento como cubierto, pero su parte del costo (como su coseguro) se puede aplicar al conjunto de medicamentos más caros en el formulario. Si su plan cubre los medicamentos mediante la excepción, su parte del costo se computará en el máximo del dinero de su bolsillo.

Pasos para apelar la decisión de su compañía de seguros.

Si su compañía de seguros médicos finaliza su cobertura o se rehúsa a pagar una reclamación que usted presentó, usted puede tener el derecho de apelar la decisión y hacerla revisar por un tercero. Siga las instrucciones para presentar una apelación que aparecen enumeradas en la información que le envió su compañía de seguros cuando denegaron su reclamación.

Su compañía de seguros primero debe notificarle la decisión sobre su reclamación y explicar por qué le ha sido denegada dentro de una cantidad de tiempo establecida basada en el tipo de reclamación que usted presentó). También tienen que informarle como puede usted apelar tal decisión. En la mayoría de los casos, debe presentar su apelación por escrito.

Puede pedir una apelación interna urgente o una apelación externa rápida para obtener una decisión más rápida, si el tiempo que se necesita para el proceso de apelación estándar pone seriamente en peligro su vida o la capacidad de recuperar la función máxima. Si califica para una apelación urgente, la decisión final debe tomarse tan rápido como su condición médica lo exija, no más de 72 horas después de que su compañía de seguros reciba el pedido de apelación.

1. Pida una apelación interna

Una apelación interna, es una apelación directa a su compañía de seguros y es la primera medida que usted puede tomar. Para pedir una apelación interna, usted puede presentarla dentro de los 180 días (alrededor de 6 meses) de ser notificado que su reclamación fue denegada o que su cobertura fue finalizada. Para presentar una apelación interna usted debe:

- Completar todos los formularios que su compañía de seguros requiere, o escribir a su compañía de seguros con su nombre, número de reclamación y número de identificación de seguro médico.
- Envíe cualquier otra información que quiera que su compañía de seguros considere al evaluar su apelación, como la carta de un médico.

Importante: También puede presentar una apelación interna urgente en los casos en donde usted está sujeto a un dolor intenso que no puede ser controlado sin la atención solicitada según la opinión del médico que conoce su condición. Puede hacer apelaciones que involucren reclamaciones de atención urgente por teléfono a su compañía de seguros

2. Revise la decisión de su compañía de seguros sobre su apelación interna

Su compañía de seguros debe darle una decisión por escrito al finalizar el proceso de apelaciones internas. En la mayoría de los casos, si su compañía de seguros aun le deniega el servicio o pago de un servicio o finaliza su cobertura, usted puede pedir una revisión externa. Hay instrucciones sobre cómo pedir una revisión externa en la carta de decisión final de su compañía de seguros.

3. Pedir una revisión externa, si es necesario

Una revisión externa es una revisión que decide un tercero independiente. Si decide pedir una revisión externa, en general debe presentar un pedido por escrito dentro de los 4 meses, pero en algunos casos, dentro de los 60 días desde la fecha en que su seguro médico le envió la decisión final. El aviso que la compañía de seguros médicos le envió debe indicar el plazo de tiempo específico en el que debe hacer su pedido. Puede designar a un representante (como un médico u otro profesional médico) que conozca su condición médica para que presente una revisión externa en su nombre.

- La información en su “Explicación de beneficios” (EOB, en inglés) o en la denegación final de la apelación interna por parte de su compañía de seguros le dirá cómo y dónde enviar su pedido de revisión externa.
- El revisor externo emitirá una decisión final. Una revisión externa puede mantener la decisión de su compañía de seguros o decidir a su favor.
- También puede solicitar una revisión externa rápida si la decisión involucra un caso relacionado con internación, disponibilidad de atención, permanencia continua o servicio de atención médica por el cual usted recibió cuidados de emergencia, pero no ha sido dado de alta de un centro de tratamiento.
- Su compañía de seguros no podrá demorar el pago por el servicio si la decisión es a su favor, aún cuando se pretenda buscar una revisión judicial u otro recurso legal que pudiera estar disponible en algunos estados.
- Las revisiones externas estándar se deciden a más tardar 60 días con posterioridad a que su pedido fuera recibido y en la mayoría de los casos dentro de los 45 días.

Las compañías de seguros en todos los estados deben participar en un proceso de revisión externa que cumpla con los estándares de protección al consumidor de la ley de atención médica. Su estado puede tener un proceso de revisión externa que cumpla o vaya más allá de esos estándares. Si así sucede, las compañías de seguros en su estado seguirán los procesos de revisión externa de su estado. Si su estado no cuenta con un proceso de revisión externa que cumpla con los estándares mínimos de protección al consumidor, los planes del estado y las compañías de seguros deben elegir entre una de las dos opciones para una revisión externa administrada en forma federal. La revisión externa puede ser realizada por un revisor independiente contratado por la compañía de seguros o por un contratista del programa de revisión externa administrado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, en inglés).

Más sobre pedidos urgentes y rápidos

Puede presentar su apelación interna o revisión externa al mismo tiempo si la agenda del proceso de apelación estándar puede poner seriamente en peligro su vida o su capacidad de recuperar la función máxima. Una decisión final sobre su apelación deberá ser tomada tan rápido como su condición médica lo requiera. En la mayoría de los casos, esto sucederá dentro de las 72 horas o menos, pero no debería llevar más de 4 días hábiles.

Cómo obtener ayuda sobre su apelación

Ya sea que esté apelando a una decisión de elegibilidad del Mercado o una decisión relacionada con la cobertura de un plan de salud, no tiene que hacerlo solo. Existen muchos recursos disponibles para ayudarlo con esta apelación:

- Su Programa de Asistencia al Consumidor (CAP, en inglés) o Departamento de Seguros puede ayudarlo, junto con otras organizaciones locales. Visite ayudalocal.cuidadodesalud.gov para encontrar ayuda en su área.
- Si no habla inglés podrá obtener ayuda e información sobre las apelaciones y otros temas del Mercado en su idioma de preferencia en forma gratuita. Para hablar con un intérprete, llame al Centro de Atención Telefónica del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-855-889-4325.
- Puede designar a un representante autorizado para que lo ayude. Su representante puede ser un miembro de la familia, un amigo, un defensor, un abogado o alguien que actuará en su nombre. Esto puede hacerse de varias maneras, dependiendo del tipo de apelación que esté tramitando. Para obtener los formularios que necesitará para designar a un representante, visite CuidadoDesalud.gov.

